**Информированное добровольное согласие на ортодонтическое лечение съемными аппаратами**

Данное информированное согласие составлено в соответствии с Законом Российской Федерации «О защите прав потребителей» и Правилами о предоставлении медицинскими организациями платных медицинских услуг (Утв. ПП от 04.10.2012г.); со статьей 20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ, и, согласно ч.2 ст.20 ФЗ « Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ, в отношении лица, не достигшего возраста 15-ти лет, согласие на медицинское вмешательство дает один из его родителей или иной законный представитель.

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. полностью)

(являясь законным представителем ребенка:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_),

(Ф.И.О. ребенка, дата рождения),

даю информированное добровольное согласие на проведение мне (представляемому) ортодонтического лечения съемными аппаратами \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в ООО «Реферативная практика» в соответствии с предложенным и согласованным планом лечения.

Я подтверждаю, что предложенная мне анкета о перенесённых заболеваниях, включая хронические и инфекционные, аллергиях и непереносимости препаратов, общем состоянии моего здоровья, заполнена мной лично. Я признаю свою ответственность за умышленное сокрытие или искажение сведений о моём здоровье.

Врач обосновал необходимость проведения ортодонтического лечения, выбор аппаратуры и материалов. Я ознакомлен(а) с планом проведения подготовительных мероприятий перед началом лечения, включая оттиски, модели челюстей, рентген, КТ, фотоснимки и т.д. Я понимаю, что для успешного ортодонтического лечения необходима санация полости рта, в некоторых случаях необходимы хирургические вмешательства: удаление зубов, пластика уздечек губ и языка, хирургическое обнажение ретинированного зуба, углубление преддверия полости рта, установка временных ортодонтических имплантатов, ортогнатическая хирургия.

Я уведомлен(а) и осознаю, что ортодонтическое лечение - это сложный комплекс мероприятий направленный на нормализацию функционального и эстетического состояния зубочелюстного аппарата. Это достигается воздействием специальной аппаратуры (съемной или несъемной, внутри или внеротовой, а также их комбинацией) на зубы, периодонт, и костную ткань челюсти. Ортодонтическое лечение характеризуется большой длительностью (до нескольких лет) и сложностью, обусловленной серьезностью вмешательства в зубочелюстную систему и организм в целом, а также необходимостью постоянного ношения аппаратуры. После окончания основного лечебного этапа для стабилизации результата может понадобиться специальный съемный или несъемный аппарат (ретейнер).

Меня также ознакомили с возможными альтернативными вариантами лечения, которые, в моем случае будут иметь меньший клинический успех. Доктор понятно объяснил мне необходимость строго следовать рекомендациям, чтобы избежать возможных осложнений: кариеса, обострения заболеваний пародонта, поломки системы и травмирования слизистой оболочки полости рта, рецидива аномалии или деформации отдельных зубов или зубных рядов после снятия системы.

Я понимаю, что во время и после лечения могут возникнуть различные осложнения, способные повлиять на план лечения, сроки и исход лечения, такие как: деминерализация тканей зубов, кариес зубов и его осложнения, возникновение которого полностью зависит от уровня гигиены и качества чистки зубов, соответственно ответственность за возникновение кариеса полностью лежит на Пациенте (при не достижения пациентом 18 лет- на его законных представителях), а также обострения заболеваний пародонта, травмирование губ, десен и слизистой оболочки полости рта элементами ортодонтических конструкций, поломки ортодонтических аппаратов и их составных частей, откол эмали, травматический периодонтит, вывих зуба, гингивит, гиперпластические изменения, слизистоконтактная аллергия, резорбция корней зубов и костной ткани, дисфункция височно-нижнечелюстного сустава, рецидив аномалии, констукции ортодонтических аппаратов могут быть случайно проглочены. Я предупрежден(а) о возможном дискомфорте, натирании, периодонтальных болях.

Я понимаю, что это лечение является вмешательством в биологический организм, в котором все процессы протекают индивидуально, и как любая медицинская операция не может иметь стопроцентной гарантии на успех, даже при идеальном выполнении всех этапов. Поэтому иногда возможны отклонения от утвержденного плана лечения в виде внеплановых манипуляций и / или изменения срока лечения.

Мне разъяснено, что ортодонтическое лечение сопровождается рисками и неудобствами: - необходимо придерживаться особых правил питания: отказаться от употребления орехов, семечек, попкорна, сухариков, фруктов, содержащих косточки и других подобных продуктов (которые могут повредить аппаратуру), морковь, яблоки, жесткое мясо. Избегать вязких продуктов: халва, ириски, жевательные резинки. Исключить температурные перепады (ухудшает свойства ортодонтической проволоки); ортодонтические аппараты могут способствовать появлению дефектов речи.

Мне ясна необходимость соблюдения последовательности лечения и возможные негативные последствия в случае несоблюдения очередности этапов, также возможность изменения объема работ и плана лечения.

Я понимаю необходимость регулярных осмотров у доктора в течение лечения и по окончании, когда буду пользоваться ретенционным аппаратом. Я понимаю значение гигиены полости рта при ортодонтическом лечении и обязуюсь выполнять все назначения. Я согласен с тем, что врач оставляет за собой право принятия решения о снятии ортодонтической аппаратуры на любом этапе лечения при плохой гигиене полости рта (определяется индексом гигиены). Деньги за проведенный объем лечения возвращены не будут. Я согласен с тем, что ответственность за неблагоприятный исход лечения в случае невыполнения/неполного выполнения рекомендаций врача ложится на меня.

Я также даю согласие на проведение обследования, включая получение слепков, рентгенограмм, КТ, фотографий, которые доктор посчитает необходимым для диагностики и возможного изменения плана лечения.

Я предупрежден(а), что несоблюдение рекомендаций лечащего врача освобождает Клинику от ответственности за неблагоприятный исход лечения.

Я проинформировал(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящем, и предупрежден(а) о риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть в результате проведения данного медицинского вмешательства.

Мне известно, что медицинская практика не может абсолютно во всех случаях гарантировать достижение целей вмешательства в связи со сложностью и индивидуальными особенностями человеческого организма. Я также понимаю, что эффект лечения во многом зависит от поведения самого пациента, добросовестного выполнения им всех рекомендаций лечащего врача, следования принципам здорового образа жизни.

**Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о сути лечения, я** **имел(а) возможность полностью обсудить с врачом ход лечения и задать свои вопросы. Я в доступной для меня форме проинформирован(а) о возможных рисках и последствиях медицинского вмешательства, и согласен(а) с ними.**

Мною были заданы доктору все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и были получены исчерпывающие ответы, разъяснения.

Также я информирован(а) о возможности получения мною бесплатно медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (ОМС) в других медицинских учреждениях. Я информирован(а), что ООО «Реферативная практика» не участвует в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и оказывает платную медицинскую помощь.

Я ознакомлен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю своё согласие на проведение ортодонтического лечения

"\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_года.

**Пациент/законный представитель пациента**

**согласился на медицинское вмешательство** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)

Пациент/законный представитель пациента

отказался от медицинского вмешательства\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)

Беседу провел врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (Фамилия И.О.)

"\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_года.